

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 63

NÉVROSES A DÉCHARGE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANTOINE GIRAUD

Né à Chauffailles (Saône-et-Loire), le 3 Septembre 1883.

Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine.

Ex-Interne à la Clinique de Psychiâtrie.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1910

NÉVROSES A DÉCHARGE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 63

NÉVROSES A DÉCHARGE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANTOINE GIRAUD

Né à Chauffailles (Saône-et-Loire), le 3 Septembre 1883.

Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine.

Ex-Interne à la Clinique de Psychiâtrie.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. Doyen.
J. COURMONT Assesseur.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER,
CAZENEUVE, LÉPINE.

Professeurs

Cliniques médicales.....	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et histologie.....		BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		COURMONT (P.).
Médecine légale.....		PIAVOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Chimie minérale.....	BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATFL,	—
Botanique.....	BRETIN.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	LESIEUR.	LERICHE.
REGAUD.	Et. MARTIN.	THEVENOT.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	TAVERNIER.
GAYET.	VORON.	CADE.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	MOURIQUAND.
PATEL.	LATARJET.	ARLOING (F.).
J. LÉPINE.	BRETIN.	GUILLEMARD.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, *Président* ; LANNOIS, *Assesseur* ;
MM. J. LÉPINE et MOURIQUAND, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON AMI MARCEL CORDIER

*J'aurais voulu faire mieux au souvenir de ta
belle intelligence et de ton grand cœur.*

A MES PARENTS

*Leur vie de travail et d'obscur dévouement m'a
fait ce que je suis. Je leur dois tout. Que ma
grand'mère et mon frère, le docteur Giraud, se
retrouvent dans la même et affectueuse pensée.*

A MES MAÎTRES

LE PROFESSEUR PIERRET ET LE DOCTEUR TATY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR PIC

DU MÊME AUTEUR

Flocculus et Vision (en collaboration avec le Docteur Taty).
Congrès de Neurologie. Pau, 1906.

Flocculus et Vision. Congrès de Neurologie. Rennes, 1907.

Flocculus et Vision (en collaboration avec le Docteur Genty).
Congrès de Neurologie. Nantes, 1909.

**Destruction du cervelet sans aucun des symptômes dits
cérébelleux** (en collaboration avec le Docteur Rousset,
médecin chef des asiles). Congrès de Neurologie. Nantes,
1909.

Quelques faits sur le cervelet. Congrès de Neurologie.
Bruxelles, 1910.

Un cas de chorée mortelle (en collaboration avec le Profes-
seur Lépine et le Docteur Rebattu). *Revue de Médecine*,
novembre 1910.

En préparation :

La Légende de l'Hystérie.

AVANT-PROPOS

Avant de tourner la page sur notre vie d'étudiant, il nous reste à remercier nos Maîtres.

Il y a longtemps déjà que le Professeur Pierret nous accueillit près de lui. Le souvenir en demeure intact. Comme au premier jour, nous le trouvons encore juste et bienveillant : remettant les enthousiasmes dans la bonne voie, découvrant un horizon, élargissant ou précisant une idée. Cette thèse n'est peut-être que le reflet de son enseignement. Nous lui devons assez pour que lui devoir plus ne change rien à nos sentiments. Que Madame Pierret retrouve ici l'hommage de notre respect.

A mon cher Maître, le Docteur Taty, à qui nous sommes redevable de tant de bonnes heures de notre vie d'études. Avec les idées directrices, il nous a laissé le brin de philosophie qu'il faut au médecin dans l'accomplissement de ses devoirs quotidiens. Son existence de dévouement, de travail simple et

grand, d'indulgente bonté, restera devant nous comme un modèle. Nous associons Madame Taty dans nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

Il est loin, cher Maître, le temps où, penchés sur les microscopes, nous interrogeons les neurones. Avec le soir, venait l'heure des discussions dans le petit laboratoire, et ils compteront parmi les meilleurs les moments où, les portes closes, nous redescendions lentement le Rhône en parlant de Kant, de Pasteur ou de Claude-Bernard, tandis que les premiers feux de la nuit s'allumaient dans le brouillard.

Vous avez bien voulu revoir cette thèse et lui donner un plan. Une fois de plus, merci.

Monsieur le Professeur Pic nous fait le grand honneur de présider notre thèse. Qu'il veuille bien agréer nos remerciements.

Que tous nos Maîtres retrouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Le Pourquoi de cette étude et le plan.

Hystérie, épilepsie, vieilles notions autour desquelles tournent les imaginations médicales des siècles, qu'a enflées la littérature, dramatisées le public, qu'à force d'observation géniale avaient partiellement fixées Hippocrate ou Shakespeare après les maîtres égyptiens ; antique légende où passent comme des ombres la pythie de Delphes, le Sénat romain levant ses séances, César l'écume à la bouche, les convulsionnaires du Moyen-âge, lady Macbeth égarée, Alfred de Musset ou la ménagerie de Charcot ; amas d'idées contradictoires, confuses, passionnées ; vieille lutte du matérialisme et du spiritualisme, tout est soutenu, discuté, défini. On y jette pêle-mêle les fous et les malades, les grands hommes et les saints, les érotiques, les frigides et les criminels. Qu'en retenir ou qu'en penser ? Une raison de simple bon

sens nous porterait à croire, si tout le monde y passe, que le terrain appartient à tous. D'ailleurs, en étudiant le fonctionnement normal du système nerveux, on y voit des réactions se rapprocher de celles des grandes névroses. Ce rapprochement nous a tenté, qui troublait déjà les anciens, disant du coût : « *Epilepsia brevis!* ». Nous nous sommes dit : « Jusqu'ici, on a étudié ce qu'il y avait d'anormal et d'extraordinaire dans les névroses ; étudions ce qui peut les rapprocher de l'état dit normal ; essayons de tailler une petite pierre dans l'édifice et, si c'est là de la témérité, que l'on nous accorde l'indulgence des péchés de jeunesse.

Le titre de cet essai est de Féré, qui entendait par névroses à décharge l'Hystérie et l'Épilepsie nettement caractérisées. Nous empruntons le mot, mais non la signification complète.

Notre but n'est pas de définir l'hystérie ou l'épilepsie, mais de montrer comment, en partant du sujet normal, on arrive à ces grandes névroses : c'est en passant, croyons-nous, par un état intermédiaire. Nous nous proposons de l'étudier sous le titre de Féré, en prenant cette dénomination en un sens plus restreint, et nous disons : « avant d'être épileptique ou hystérique, on est épileptogène ou hystérogène, et avant d'être épileptogène ou hystérogène, on est un individu normal ».

Nous essaierons de montrer dans ce travail que les caractéristiques de l'état épileptogène ou hystérogène sont identiques à celles des phénomènes normaux exagérés.

Il est des sujets, croyons-nous, sans autre caractère pathologique que d'être des individus à réactions excessives et à frein cortical insuffisant, qu'on ne peut classer nettement comme hystériques, épileptiques, Basedowiens ou autres, avant l'évolution, si elle a lieu ; mais elle peut ne pas avoir lieu.

En somme, nous étudions le stade initial des névroses convulsives en général, en cherchant les grands caractères communs qui les unissent au début, état stable ou non, suivant l'évolution dont la forme peut seule donner la signature du syndrome.

Plusieurs raisons nous inclinent à cette étude : la première, c'est qu'à ce moment la thérapeutique est vraiment efficace : c'est quand ils ne sont encore que des névrosés à décharge, au sens restreint du mot, qu'il faut traiter les hystériques et les épileptiques.

Une autre raison est le rapprochement à faire entre ces formes d'hyperréaction nerveuse et les réactions normales, rapprochement qui, peut-être, serait de quelque intérêt psychologique. Enfin, nous pensons que, confirmés ou non, ces états ont un fonds commun, une même caractéristique générale, à tel point que, même en pleine évolution, les diagnostics différentiels d'hystérie ou d'épilepsie sont souvent délicats. Briquet, Esquirol, Morel le pensaient ; Charcot et son école avaient créé le mot d'hystéro-épilepsie, et n'est-ce point une idée analogue qu'exprimait M. Claude, quand il disait à la Société de Neurologie en décembre 1909, en parlant de l'émotion : « Je pense qu'il ne serait pas sans intérêt de « comparer les effets de l'émotion dans l'un et l'autre

« de ces états névropathiques (hystérie et épilepsie),
« et de rechercher si, dans certains cas, des troubles
« d'origine émotive, qui, par leur expression spéciale,
« seraient rattachés sans hésitation à l'hystérie, ne
« seraient pas susceptibles de se transformer au
« point de revêtir l'allure clinique propre à l'épilepsie.
« J'ai observé des faits de cet ordre. Il s'agissait, le
« plus souvent, de jeunes filles qui, à la suite d'un
« épisode émotif, entraient à la Salpêtrière avec des
« crises convulsives au cours desquelles elles paraî-
« saient avoir des visions terrifiantes ; ces crises,
« parfois tenaces, cédaient néanmoins par les moyens
« ordinaires, et s'accompagnaient de modifications
« psychiques ou de troubles de sensibilité, comme
« nous en voyons dans l'hystérie ; puis, ultérieure-
« ment, ces malades se présentaient à nouveau avec
« des crises dont les caractères s'étaient modifiés,
« et, plus tard, il ne paraissait pas douteux que l'on
« eût affaire à de véritables crises comitiales. ».

« Ces cas sont d'une interprétation délicate, et, s'il
« y a des circonstances où, à côté des crises comi-
« tiales, on peut voir se produire des manifestations
« hystériques, j'inclinerais à penser qu'il y a des
« conditions dans lesquelles le diagnostic entre
« l'épilepsie et l'hystérie est à peu près impossible,
« et où même on peut se demander si l'accident
« émotif d'apparence hystérique n'a pas préparé les
« voies ou contribué à créer les conditions propices
« à la genèse du mal comitial ».

Si, en pleine évolution, le diagnostic est en sus-
pens, ne sommes-nous pas en droit d'étudier les

caractères communs du début, quand nous avons simplement des systèmes nerveux hyperréactionnels, sans névrose à forme définie et, quand la suite nous montre qu'avec des caractères initiaux identiques, l'évolution peut se faire ou dans le sens de l'hystérie ou dans celui de l'épilepsie ou même dans celui de la maladie de Basedow ? C'est ce que nous demanderons à nos observations de démontrer.

CHAPITRE I

Quelques mots sur les idées actuelles touchant l'Hystérie et l'Epilepsie. — Une de leurs caractéristiques communes est la décharge nerveuse.

Ayant pour but de chercher comment les grandes névroses se rapprochent par un état intermédiaire de l'état dit normal, nous ne pouvons moins faire que de partir sur les données précises que nous fournissent à ce propos les maîtres de l'heure en neurologie. Nous nous en remettons, pour cela, aux comptes rendus de la Société de Neurologie (décembre 1909), et aux derniers traités classiques de Bouchard et Brissaud, Brouardel et Gilbert.¹

¹ Ouvrages consultés : Féré. — L'Epilepsie et les Epileptiques, 1892.

Claus et Von Stricht. — Pathogénie et Traitement de l'Epilepsie.

Grasset et Rauzier, dans Brouardel et Gilbert.

Pour l'épilepsie nettement confirmée d'abord, aucune discussion de fond. De plus en plus, c'est un syndrome, dont une des grandes caractéristiques est la décharge nécessaire, motrice, sensitive ou psychique, comprenant successivement, simultanément ou individuellement ces trois modes.

La cause en est dans des altérations organiques, des modifications humorales ou des traumatismes psychiques, chacune de ces causes pouvant ou non prédominer ou s'associer.

Nous ne pensons pas qu'il y ait actuellement de discussion sérieuse possible. Les divergences qui séparent les auteurs ne sont que de détail, et nous nous contenterons des résultats acquis sans en faire l'histoire.

Il n'en est pas de même pour l'hystérie. D'Hippo-

Maurice de Fleury. — Recherches cliniques sur l'Épilepsie et son traitement.

Pierret. — Les Etats convulsivants.

» — L'Épilepsie et son Traitement.

Voisin. — De l'Épilepsie.

Bernheim. — Conception nouvelle et étiologique de l'Hystérie, 8 nov. 1902, n° 937.

Dubois, de Berne. — Les Psychonévroses et leur Traitement moral.

Grasset. — L'Hypnotisme et la Suggestion.

Hartemberg. — L'Hystérie et les Hystériques.

Pierre Janet. — L'Automatisme psychologique. Etat mental des Hystériques. Stigmates mentaux et accidents mentaux.

Il serait trop long d'énumérer ici tous les articles ou ouvrages de MM. Babinski, Déjerine, Claude, Sollier, où nous avons puisé. Nous renvoyons à la Bibliographie et répétons que nous avons cru voir dans le compte rendu de la Société de Neurologie (décembre 1909), un résumé net de leurs idées. C'est ce compte rendu qui a inspiré notre bref premier chapitre.

crate à Charcot inclus, avec quelques dissidents, parmi lesquels Briquet en tête, on a vu dans l'hystérie la crise, et la crise seulement. Charcot en fait quelque chose d'artificiel et de réglé, dans un milieu spécial, et de plus net encore que ses prédécesseurs. Chaque crise a ses périodes fixes, que tout le monde connaît, et réglées d'avance. Au début d'une crise, on en attend l'évolution classique. L'hystérie est devenue de la crise artificielle en serre chaude.

Depuis, avec Bernheim et Babinski, comme le dit ce dernier, « les attaques hystériques bien réglées ont disparu de l'horizon ». Mais un nouveau problème se pose avec la psychologie de l'hystérique. La crise, pépondérante jusque-là, menace de disparaître. Une réaction excessive, peut-être comme toutes les réactions, se fait jour sous l'autorité de Babinski.

Non content de nous avoir montré que la suggestibilité ou pithiatisme était une grande caractéristique de l'hystérie, ce qui expliquait la crise artificielle de Charcot, il veut supprimer jusqu'à la crise elle-même, disant que lorsqu'il s'en produit, « la suggestion dont l'imitation demi-consciente est une des formes les plus communes, a joué dans sa genèse le rôle essentiel ». Pour lui, le pithiatisme est toute l'hystérie, et Babinski fait table rase de ses devanciers.

Au contraire, Bernheim, Grasset, Déjerinne, Dubois, de Berne, Pierre Janet, Sollier, Claude, Hartemberg, avec des divergences et tout en reconnaissant que les hystériques sont des suggestionnables, veulent admettre toujours « que la crise hystérique puisse

se développer spontanément, sans aucune suggestion antérieure et, ajoute Déjerinne ¹, cela ne me paraît pas discutable, j'ai été à même d'en observer plusieurs exemples chez des sujets qui, jusque-là, n'avaient présenté aucun symptôme névropathique ». Suivent les exemples.

Nous pouvons néanmoins conclure, sans prendre parti dans des discussions qui dépassent notre compétence, que l'on admet aujourd'hui deux caractéristiques de l'hystérie : la crise ou décharge nerveuse, qu'elle soit ou non d'origine pithiatique, et le pithiatisme proprement dit ou suggestibilité. On peut donner plus ou moins d'importance à l'un ou l'autre des caractères, les faire dériver l'un de l'autre, nous ne tranchons point la question. Ce n'est ni de notre jeunesse, ni de notre sujet, et nous en retons les deux caractères précités.

De ce bref exposé des idées contemporaines sur l'hystérie et l'épilepsie, gardons une idée générale précise, c'est que la décharge nerveuse, quelle qu'en soit l'origine, est une des grandes caractéristiques de ces états. Étudions maintenant ce que peut être une décharge.

¹ *Revue de Neurologie*, 30 décembre 1909.

CHAPITRE II

Les Etats à Décharge

Qu'est-ce qu'une décharge? Une rupture d'équilibre.

Le Réflexe, décharge élémentaire normale, avec Richet.

Du Réflexe à la crise, avec Brown-Séquard.

La Colère, la Passion, les Larmes, l'Inspiration sont des décharges nerveuses.

La caractéristique psychologique des décharges. Manque momentané d'inhibition ou de contrôle cérébral.

Qu'est-ce qu'une décharge? Littré nous dit, en parlant d'électricité, que c'est la cessation subite d'un état de tension. Il nous semble qu'au point de vue nerveux, la même définition peut se soutenir. Que voyons-nous dans une crise d'épilepsie franche? Une chute brusque et bruyante de la tension ner-

veuse par irritation traumatique, chimique ou psychique d'un cerveau prédisposé. On peut observer tous les degrés dans la mise en tension comme dans la décharge. Là, comme ailleurs, la décharge est une rupture d'équilibre.

Trouvons-nous dans le système nerveux, fonctionnant normalement, un exemple de rupture d'équilibre ?

Disons d'abord que la rupture d'équilibre est une loi générale de la vie, avant de l'être du système nerveux. Comme le dit le professeur Pierret : « Tout se forme, se déforme, évolue ; les forces naturelles sont en évolution constante. Qui dit évolution, dit rupture d'équilibre. » La vie comme la mort ne sont pas autre chose, un moment dans l'universelle évolution.

Un des faits scientifiques les plus frappants des temps modernes n'est que la confirmation ou l'origine de ces idées. Le préparateur de Delage a obtenu la parthénogénèse par simple piqure des œufs d'oursin. Il a suffi d'une rupture d'équilibre, d'un mouvement purement mécanique, pour provoquer l'acte organique et complexe de la fécondation. Ce fait est gros de conséquences et, si on le rapproche de la cristallisation par simple secousse, des phénomènes diastatiques et catalytiques, ne découvre-t-on pas un nouvel horizon ?

Pourquoi le système nerveux échapperait-il à la loi qui veut que tout mouvement appelle du mouvement chez les êtres organisés ?

Ne savons-nous point, au contraire, que c'est là le

propre de cette partie de nous-mêmes et que comme l'a si bien dit Richet¹ :

« La fonction du système nerveux consiste à recevoir les excitations du dehors et à y répondre par des mouvements appropriés. »

C'est la définition que le grand physiologiste nous donne du réflexe. Le réflexe, voilà l'ébauche de la décharge pour le système nerveux.

Examinons maintenant une expérience classique et malheureusement trop oubliée de Brown-Séquard. Celui-ci prend un cobaye et malaxe la peau de la joue ; l'animal a un mouvement approprié banal, un réflexe simple. Ce même cobaye, Brown-Séquard lui coupe le sciatique et recommence, en les répétant, les excitations de la joue.

Si l'expérimentateur continue, il arrive, avec beaucoup de patience et au bout d'un temps plus ou moins long, à donner au cobaye une crise d'épilepsie avortée d'abord, franche ensuite.

S'il s'en tient là, le cobaye aussi, et celui-ci n'en restera pas épileptique pour si peu ; mais si, continuant les excitations, on crée chez lui l'habitude convulsive, au bout d'un certain temps l'animal prendra très facilement une crise, même spontanément. L'épilepsie est créée. L'animal est et restera épileptique ; il engendrera des épileptiques.

Donc, en partant du réflexe et en excitant artificiellement (le mode d'excitation importe peu) les centres nerveux, on peut avoir tous les degrés, depuis le réflexe exagéré jusqu'à la crise nette.

¹ Essai de Psychologie générale.

Si l'habitude de la crise se garde, l'épilepsie demeure avec toutes ses conséquences.

En résumé, la décharge est un phénomène normal, le réflexe est une décharge élémentaire. Qui dit réflexe, dit acte échappant, non au contrôle, mais au pouvoir des centres supérieurs : volonté ou jugement. Tous les degrés dans cet acte ; des causes diverses peuvent en modifier l'intensité, mais le type initial demeure comme fonctionnement.

Il nous reste à voir si la décharge peut encore affecter d'autres modalités que celles d'une névrose par exemple.

Prenons un fait de la vie courante où chacun puisse retrouver et analyser ses impressions, celui des larmes que peut verser n'importe qui à la suite d'une émotion profondément ressentie. Que se passe-t-il ? A la suite d'un traumatisme nerveux une réaction motrice et sécrétoire que généralement la volonté est impuissante à arrêter. Est-ce autre chose qu'une crise en miniature ou un réflexe exagéré ?

Qu'est-ce que la colère ? Un réflexe dont nous ne sommes pas les maîtres et qui souvent ne nous laisse que des regrets. Que dire alors de la violence ? Et toute notre vie, celle des gens dits normaux, n'est-elle point remplie de ces émotions dont nous ne sommes pas les maîtres. Un homme parfaitement raisonnable, à prédominance critique absolue, ne ressemblerait-il pas à une horloge admirablement réglée et ne serait-il pas parfaitement ennuyeux ? Et si cet homme-là faisait souche, ne faudrait-il point chez ses descendants dire adieu à la foi, à l'enthousiasme ?

siasme, à l'art, à la passion, aux actions héroïques, à toutes les quotidiennes émotions de la vie de chacun ? Un pareil être serait vraiment un anormal, tant il est vrai que la santé, comme la justice ou la vérité, ne sont souvent que de l'harmonie à égale distance de deux extrêmes.

Qu'est-ce que la rougeur émotive ? Un réflexe non inhibé.

Que sont l'émotion, la passion ? Des impressions contre lesquelles sont impuissantes volonté et jugement, véritables réflexes cérébraux chez des individus à frein cortical relativement insuffisant, étant donnée leur puissance de sensibilité. Une impression s'implante, rien ne la corrige, elle reste avec toutes ses conséquences, série d'actes réflexes qui plus tard, la raison revenue, seront plus ou moins bien appréciés. Il y a toute une étude psycho-physiologique intéressante : celle des passionnés opposés aux raisonnables. Ils ne sont peut-être pas très loin de la névrose et depuis bien longtemps les auteurs l'ont signalé.

Honoré disait jadis, en montrant sa salle de femmes : « Il y a de l'hystérie chez toutes ces femmes-là. » Et près de nous, le professeur Dubois, de Berne, ajoute : « Nous oserons insinuer que toutes ces dames sont hystériques, tout en leur disant qu'elles ne sont que nerveuses et que ce nervosisme à fleur de peau leur va très bien, constitue un des charmes de leur fémininité. »

Ces exagérations, toutefois, ne sont point obligées d'être des tares. Flourens l'a dit : « La plus grande

dose de vie appartient à celui qui sent le plus vivement. » et les supérieurs sont presque tous des gens chez lesquels la sensibilité n'a d'égale que la raison. Trop sentir n'est un mal que si la réaction qui en résulte prend une forme pathologique.

Mais la psychologie nous apprend que la décharge a bien d'autres modes : un des plus frappants est celui de l'inspiration chez l'homme de génie.

Pour l'étudier encore nous avons, outre les ouvrages de Lélut, Brierre de Boismont, Lombroso, Grasset, Féré, Janet, Joly, les très nombreux documents que dans leur auto-biographie, appuyée par le récit de leurs contemporains, nous ont laissé les grands hommes. Nous avons la description, par plusieurs, de ce qu'était l'inspiration, état brusque et involontaire, nécessaire à la production de l'œuvre géniale, que les grands hommes recherchaient et provoquaient par toutes sortes de petits moyens. Nous choisissons pour abrégé.

Écoutez Claude Bernard nous décrire ce moment :

« Vous sentez un petit coup d'électricité qui vous frappe la tête et, en même temps, vous saisit le cœur. Voilà le moment du génie. . . Puis tout à coup vient un trait de lumière ; l'idée neuve apparaît avec la rapidité de l'éclair, comme une sorte de révélation subite. »

N'est-ce point la décharge comme nous l'avons décrite, mais se faisant dans un organisme supérieur au lieu de se produire dans le cerveau de l'habituel névropathe.

Voyons dans Balzac l'aspect extérieur de l'inspiré :

¹ « Lorsque Solar vint le voir, le romancier, l'œil en feu, les cheveux en désordre, les lèvres émues, les narines palpitantes, les jambes écarquillées, parlait ainsi... »

Et Balzac racontant la façon dont il conçut la *Comédie Humaine* : « Je vis, écrit-il, dans une atmosphère de pensées, d'idées, de plans, de travaux, de conceptions qui se croisent, bouillent, pétillent dans ma tête à me rendre fou... » Ce fut alors qu'un jour, jour de joie et de délire, l'idée jaillit comme un éclair, brusque, nette, précise : il est soudainement illuminé par cette grande pensée de la *Comédie Humaine*.

Voyons, toujours par des exemples et des faits précis, ce que pensaient de l'inspiration quelques cerveaux puissants et comment ils la provoquaient. Ils faisaient, chacun à sa manière, de la congestion cérébrale, état favorable à la décharge nécessaire qu'ils désiraient et attendaient.

² Il faut que vous me disiez comment vous faites votre musique, demandait un jour Tronchin à Grétry. « Mais comme on fait des vers, un tableau. Je lis, je relis vingt fois les paroles que je veux peindre avec des sons ; il me faut plusieurs jours pour échauffer ma tête ; enfin, je perds l'appétit, mes yeux s'enflamment, l'imagination se monte.

¹ Séché, Balzac.

² Brierre de Boismont. — L'Hallucination.

Alors je fais un opéra en trois semaines. » Il consultait Tronchin pour des troubles nerveux et Tronchin de lui répondre : « En travaillant de la sorte, vous ne guérirez jamais. »

Pour se mettre en hypertension et en arriver à la salutaire décharge psychique, Edgard Poë buvait de l'eau-de-vie ; Verlaine, de l'absinthe ; Hoffman, du vin ; Voltaire, du café ; Baudelaire s'en tenait au haschich et Thomas de Quincey à l'opium. Alfred de Musset avalait un horrible mélange de bière et d'absinthe, après quoi il fumait cigare sur cigare. Il en éprouvait une ivresse spéciale, sous l'influence de laquelle il entrait dans une sorte de catalepsie. « Alors, dit d'Orcet, il faisait son choix dans les images bizarres flottant à sa portée comme un pêcheur qui jette sa ligne dans une eau poissonneuse. A mesure que ses matériaux lui parvenaient, il les rangeait dans son œuvre avec autant de sang-froid et de facilité qu'un maçon perché sur son échafaudage. Artificiellement, mais violemment concentrée, son imagination leur donnait sur place le dernier coup de ciseau, et telle était la netteté de sa mémoire, que le lendemain, lorsque les fumées du poison s'étaient dissipées, il n'avait conservé d'autre souvenir que celui des vers composés la veille et qu'il écrivait sans retouches. »

Féré nous dit que Schiller plongeait ses pieds dans la glace ; Milton et Descartes s'enfonçaient la tête dans des coussins ou des couvertures ; Cujas travaillait couché à plat-ventre sur ses livres ; Leibnitz, Thomas, Rossini travaillaient aussi couchés. Rous-

seau méditait la tête au soleil en plein midi et, vieilli, il disait : « Je n'ai plus le courage de me donner la fièvre. »

¹ « Gluck, lui, pour composer avait besoin d'espace. A lui le grand air et l'ardeur du soleil frappant sur sa tête. Ce fut en plein soleil, au milieu d'une prairie où il faisait transporter son piano qu'il composa les deux *Iphygénies*.

« Un des plus célèbres prédicateurs du siècle de Louis XIV, avait l'habitude de s'enfermer au fond de ses appartements. Personne ne pouvait pénétrer jusqu'à lui. Profitant d'une porte laissée ouverte, le valet de chambre se glissa dans le lieu prohibé. Tout surpris d'entendre des airs de violon, il s'arrête, cherche à savoir d'où ils viennent, acquiert la certitude qu'ils partent de la chambre de son maître, et, appliquant son œil au trou de la serrure, il le voit en chemise, jouant du violon, dansant jusqu'au moment où, épuisé, couvert de sueur, il s'asseyait devant son bureau et se met à écrire. »

Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits. Mais en disant que le fonctionnement cérébral des hommes de génie touchant l'inspiration se rapproche de celui des névroses dans ce qu'elles ont d'élémentaire, nous n'avons pas la prétention d'innover ; nous voudrions simplement montrer les liens qui rattachent ces états à la psychologie normale ou du moins à celle de la majorité.

Je ne voudrais point aller trop loin, mais cette facilité qu'ont certains artistes dramatiques à se

¹ Brierre de Boismont. — L'Hallucination.

mettre dans la peau d'un personnage, cette suggestibilité facile qui les fait vivre de sa vie, sentir ses émotions et souvent pleurer de vraies larmes, ne serait peut-être pas sans rapport avec le sujet qui nous occupe. En parlant des artistes en général dans son livre de l'*Hystérie et des Hystériques*, le D^r Hartenberg ne nous dit-il pas :

« J'ai souvent été frappé de la ressemblance qui rapproche la mentalité des artistes créateurs de celle des hystériques. Chez les uns comme chez les autres c'est la même puissance d'imagination, la même intensité de représentation, la même concrétisation des images qui s'objectivent dans le monde extérieur. Mais chez les premiers, la critique, la raison restent maîtresses de ces projections et les canalisent en général dans la direction de l'œuvre entreprise, quoique dans des cas nombreux et historiques, il semble que souvent l'artiste soit possédé par son œuvre beaucoup plus qu'il ne la possède. Chez les seconds, au contraire, l'absence de critique, de raison, de contrôle, de direction, permet l'éclosion de symptômes illogiques. »

Et Lefébure nous dit d'autre part :

« Le tempérament poétique serait-il autre chose qu'une hystérie saine gardant la conscience pour témoin et la volonté pour régulateur. » Et n'est-ce point à cela que pensait Diderot quand il écrivait : « Rien qui se touche de plus près que l'extase, les visions, les prophéties, les révélations, la poésie fougueuse et l'hystéricisme. »

Ces dissertations toutefois, pourraient paraître

sortir du cadre de notre sujet et, pour nous résumer, nous pouvons dire qu'il existe une série d'états, appelons-les à décharge, dont le propre est la décharge automatique ; décharge qui se fait en dehors et souvent malgré les centres supérieurs. On ne peut pas plus provoquer par la volonté ou le jugement l'inspiration qu'on ne peut l'arrêter, et les états réflexes que nous avons étudiés, passionnels ou autres, dominant ceux qui les éprouvent beaucoup plus qu'ils ne sont dominés. S'ils le sont, ils deviennent des actes raisonnés et raisonnables et nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Seraient-ce maintenant les seules caractéristiques des états à décharge que la décharge et l'automatisme. L'histoire et les études psychiatriques commencées avec Lélut et Brierre de Boismont nous apprennent qu'avant l'inspiration, il y a chez les gens de génie toute une période préparatoire dont elle n'est que le couronnement et la terminaison. C'est qu'à côté de la décharge, il y a la charge ou mise en tension.

Et cette période est au point de vue psychologique bien plus intéressante encore que la décharge. En en parlant à propos de l'épilepsie, le professeur Pierret¹ s'exprime ainsi :

« Les orages musculaires ainsi déchaînés ne peuvent évidemment se produire que si les éléments accumulateurs cessent de pouvoir contenir la force emmagasinée, et cela, soit parce que celle-ci est

¹ Province médicale. Traitement de certaines formes d'épilepsie par les médicaments convulsivant.

arrivée à un degré excessif de tension, soit parce que les neurones, en vertu de quelque modification de la matière qui les constitue, sont devenus impropres à retenir ou à diffuser régulièrement des vibrations qui, pourtant ne dépassent pas les tensions normales. Dans le premier cas, la force nerveuse, cette forme inconnue du mouvement, peut-être retenue dans des cellules saines d'ailleurs, en vertu d'une résistance interposée sur les conducteurs neuro-musculaires ou sur les prolongements qui, rapprochant les cellules les unes des autres, rendent plus aisée, plus régulière la permanente diffusion de force sans laquelle aucun équilibre nerveux ne pourrait jamais s'établir. Cet équilibre est d'ailleurs parfaitement instable, nécessairement incomplet et peut-être peu désirable. Dans le second cas, les conducteurs restant normaux, c'est la masse même de la cellule qui se charge outre mesure ou se décharge avec trop de facilité, et l'on conçoit bien vite que, dans ces deux conditions, il y a lieu de penser que les réserves dynamiques utilisables pour une série d'actes convulsifs sont fortes ou faibles : fortes quand les neurones s'épuisent difficilement et se rechargent sans peine ; faibles si les éléments, bien vite au bout de leurs disponibilités, ne les reconstituent que pour les dépenser immédiatement ».

En somme un système nerveux hypertendu répond de deux façons aux excitations : ou en ayant pour une excitation une réaction instantanée et disproportionnée, ou en accumulant du potentiel jusqu'au moment où la décharge n'est que le résultat d'un excès de

force ; dans le premier cas, la décharge est nettement pathologique ; dans le second elle peut être une qualité comme pour ces bêtes de race qui, accumulant dans une longue préparation leur influx nerveux s'en vident ou même s'en claquent dans l'énergie farouche de la course. C'est peut-être là la façon des hommes de génie et quand, faisant de la psychologie générale, Richet nous dit : « Nous n'assistons qu'en partie et même en une très petite partie au travail psychique qui se fait dans le cerveau. Nous ne voyons que des résultats et nous n'assistons pas à l'élaboration de ces résultats ; une idée peut être modifiée, transformée, amplifiée, diminuée, sans que nous voyons les phases par où elle passe. Mais tout d'un coup elle apparaît à la conscience et alors seulement elle est connue par le moi ». En disant cela, Richet nous fait la psychologie des hommes de génie, qui n'est que celle des autres hommes en plus puissant et plus parfait. Mais en même temps il nous fait toucher du doigt le problème délicat de l'inconscient. C'est, pour être plus complet, cette manière surtout qu'il faudrait étudier dans tous les modes d'activité psychique qui viennent de nous occuper. Ce serait entrer dans des discussions qui nous entraîneraient bien loin, car d'une part personne n'est d'accord, ni sur le terme, ni sur la chose, et d'autre part le problème est de telle importance qu'ayant réuni quelques documents pour l'envisager sérieusement, nous nous réservons de le faire ailleurs en rattachant directement cette étude à l'ébauche que nous venons essayer d'esquisser.

CHAPITRE III

Névroses à Décharge.

Des observations et des faits précis de système nerveux à décharge sans forme toujours définie.

La caractéristique de ces faits : Décharge et faiblesse de frein cortical.

Identité de nature de la décharge dite normale et de la décharge poussée à l'extrême.

Rapprochements entre l'état normal, les états à décharges et les névroses à décharge.

C'est par des faits et des faits seulement que se fera cette étude vers laquelle nous nous sommes acheminés à travers les précédents chapitres. Nous aurions pu multiplier indéfiniment les observations. Mais elles sont de pratique courante, tout praticien

en a, en a eu ou en aura de semblables ; nous nous sommes contentés d'une moyenne honorable, les choisissant dissemblables autant que possible.

Les faits exposés, nous chercherons ce qu'ils ont de commun entre eux et si les caractéristiques que nous en tirerons sont à rapprocher de celle des états jusqu'ici étudiés. En ce cas nous en arriverons logiquement à l'exposé de notre travail qui deviendra par là-même notre conclusion.

Nous commencerons par l'analyse détaillée de décharges psychiques chez un homme de science qui a donné au professeur Pierret son auto-biographie pathologique.

OBSERVATION I

(Communiquée par le Professeur Pierret).

L'étrange affection dont je vais essayer de donner les caractères est apparue soudainement, sans qu'aucun signe apparent puisse la faire prévoir.

J'ai toujours eu un tempérament très irritable, très sensible, amplifiant démesurément, d'après l'avis des personnes qui m'entourent, tout ce qui m'impressionne.

Je me suis souvent demandé d'où ces troubles nerveux pouvaient provenir, surtout pour en éviter les causes, et par là même me soustraire à ces souffrances. Je n'ai guère pu incriminer le surmenage intellectuel de mes études et les idées de jouissance dont je n'ai cependant jamais abusé depuis que j'ai connu l'âge véritable de la raison ; il n'en fut pas de même avant, je dois l'avouer, et l'épuisement qui en a été la conséquence a sûrement joué un grand rôle dans l'étiologie de cette affection, en préparant le terrain avec la diathèse rhumatismale que je tiens de ma mère.

Quoi qu'il en soit, le début a été brutal ; il s'est produit le 2 avril 1893, au moment où je prenais le train pour retourner à Lyon, à la fin des vacances de Pâques ; il s'est manifesté par une sorte de cauchemar rapide, de sept ou huit secondes environ, mais dont la frayeur consécutive me dura plus d'une heure.

Je croyais en être quitte, lorsque huit jours plus tard apparurent les véritables troubles nerveux qui persistèrent jusqu'au traitement.

Ces troubles se manifestaient par accès, par crises, si ces

mots peuvent être employés, car ils ne répondent pas exactement à leur véritable sens. Il me serait impossible de donner une idée juste de ce que je ressentais à ces moments et, de même qu'il est impossible à la plume de rendre fidèlement les sensations exquises de nos sens ou du devoir moral accompli, de même il lui sera impossible de rendre les impressions étranges que je ressentais dans ces moments si affreux pour moi.

Somme toute, c'était une sensation pénible, bizarre, absolument indépendante des douleurs sensorielles ordinaires; ne pouvant être comparées à aucune d'elles. Je voyais tout ce qui m'entourait sous un aspect étrange et normal à la fois : *étrange*, parce que je ne leur attribuais plus leurs caractères ordinaires, et que j'étais en proie à un mélange affreux de frayeur et de tristesse, c'était horrible ! *Normal*, parce que je possédais l'intégrité de mes fonctions, quelles qu'elles soient : je me prenais le pouls, je comptais mes mouvements respiratoires, et si quelquefois j'étais surpris au cours d'une conversation, je poursuivais mon récit sans que personne ne s'aperçût de ma souffrance qui, cependant, était terrible. Une heure d'une souffrance pareille à un criminel, lui ferait mieux expier sa faute que la mort même.

Souvent j'avais assez de courage pour étouffer ma douleur et ne pas la faire rejaillir sur les personnes qui étaient avec moi. Et cependant, combien il m'eût été doux de me faire choyer par elles ; je me retenais, soit parce que je les affectionnais, soit parce que j'hésitais à confier un si lourd chagrin. Deux de mes amis seuls connaissaient mon état et, comme je ne les quittais jamais, je les avertissais lorsque l'accès tendait à se prolonger ; alors ils me caressaient, me causaient affectueusement, cherchaient, en un mot, à ramener mes sens vers les idées habituelles.

Ces moments d'angoisse morale apparaissaient, tantôt brutalement, d'emblée, tantôt avec des signes avant-coureurs très courts, très fugaces qui, augmentant insensiblement d'intensité, arrivaient graduellement à se fusionner avec l'accès proprement dit ; mais il ne faut pas oublier que tout allait très vite, car *une seule* fois, l'accès a duré une minute environ ; habituellement, il était de dix secondes.

Je pense que, dans les cas où le début se faisait ainsi brusquement, la cause provocatrice de ces troubles agissait avec toute son intensité, et qu'au contraire, dans les cas où il y avait prodrome, elle agissait plus faiblement ; car, j'ai eu des accès ébauchés, dans lesquels les signes avant-coureurs n'étaient suivis que d'une légère souffrance et, quelquefois même, ils disparaissaient seuls, sans que l'accès proprement dit se produisit.

Ces signes précédant l'accès consistaient en un malaise, puis un mélange de frayeur et de tristesse, car ce sont toujours ces deux derniers éléments qui ont prédominé dans cette sorte de souffrance que je ressentais, et leur augmentation d'intensité aboutissait à l'accès lui-même.

La durée était essentiellement variable ; tantôt j'avais à peine le temps de m'en rendre compte, et je n'avais à compter qu'avec la frayeur consécutive, tantôt ils duraient près d'une minute. En moyenne, de dix à vingt secondes. Mais quelle que soit cette durée, ils laissaient derrière eux un abîme de frayeur terrible, qui s'atténuait peu à peu, au fur et à mesure que je reprenais mon état normal, ce qui demandait trois ou quatre minutes ; mais la frayeur dont je parle était tout ordinaire, c'était la peur que j'avais eue, et aussi celle de voir arriver de nouveaux accès.

La fréquence était aussi très variable. Au début, ils sont apparus de huit jours en huit jours, puis se sont rapprochés

de plus en plus, au point d'en avoir plusieurs le même jour, et un dimanche, en particulier, je me souviens en avoir compté près de trente, mais je dois ajouter aussi que beaucoup étaient avortés.

Les circonstances dans lesquelles ils apparaissaient, étaient absolument toutes celles de la vie, et que ce soit le matin ou le soir, le jour ou la nuit. Cependant, je n'en ai eu la nuit qu'à la fin de la maladie, et ils étaient plus faibles. Ils me surprenaient au repos, en promenade, au travail, à cheval, en bicyclette, au théâtre. Quelquefois, une odeur désagréable m'a paru les provoquer, peut-être n'y a-t-il eu que coïncidence.

Avec le traitement, dont l'effet a demandé deux mois environ, les accès se sont espacés de plus en plus, en s'atténuant d'intensité et de durée, pour ne plus aboutir, à la fin, qu'aux signes précurseurs dont j'ai parlé : c'est-à-dire un peu de frayeur et de tristesse puis, finalement, disparaître totalement.

Depuis trois ans, je n'ai pas eu de nouvelles crises, à peine quelques petits et rapides moments de frayeur aux diverses époques, où — probablement, j'avais commis une faute contre la rigoureuse hygiène que je dois m'imposer. La moindre infraction, en effet, à mes habitudes, se traduit par des idées lourdes et de malaise moral qui sont pénibles ; en ce moment, par exemple, pressé par les examens, je ne suis pas dans mon état normal, surtout le soir.

Pendant la période de cette maladie, que j'ai supportée près de sept mois avant d'être traité, mon état général entre les accès était satisfaisant. J'avais toujours un appétit dévorant, la digestion était parfaite, les grandes fonctions n'étaient pas atteintes. Je soutenais des courses pénibles bien mieux que des camarades plus forts que moi, de taille et d'embonpoint.

Je n'ai jamais éprouvé de dégoût pour le travail, au contraire, je trouvais en lui un consolateur ; malheureusement, les idées lourdes que j'avais fréquemment, ne me permettaient pas d'épuiser la grande force de travail dont je disposais. Ma mémoire a toujours été d'une bonne moyenne.

Mon caractère a toujours été tel que je l'ai connu. Irritable au plus haut degré, toujours prompt à blesser au moyen d'une seule parole méchante la personne qui me déplaisait ; mais aussi très sensible aux moindres attentions qu'on avait pour moi. Malgré le nombre incalculable de mes défauts, j'ai toujours eu un assez bon cœur qui m'a permis de faire, dans les milieux où je suis passé, de solides amitiés qui durent encore aujourd'hui, et avec des personnes que je me plaisais toujours à sélectionner au point de vue des mœurs et de l'intelligence.

J'ai toujours été porté un peu plus que physiologiquement à la jouissance, mais je le répète, à partir de l'âge de la raison, je n'ai pas fait d'abus, il était peut-être trop tard, car j'en avais suffisamment commis avant, en raison de la la liberté que mes parents m'avaient laissée, la croyant nécessaire pour chasser la faiblesse consécutive à plusieurs maladies de l'enfance.

L'analyse de mes urines n'a pas donné de résultats, elle n'a pas été faite dans les conditions demandées et indiquées. Chose à noter, c'est que j'aimais la solitude pendant toute la durée de la maladie ; — ma vie a subi l'influence de ces troubles nerveux, et — à l'heure actuelle, quand il fait grand soleil, je crains beaucoup la lumière, comme lorsque j'avais la mydriase au cours de la maladie ; car, en temps ordinaire, ma vue est excellente.

Je n'ai jamais eu de bourdonnements d'oreilles, ni de maux de tête.

Enfin, je me résume en disant qu'actuellement il ne me

reste plus des troubles que j'ai décrits, que des lourdeurs de tête passagères, imputables peut-être à mes études, ainsi que de courts moments de mélancolie. Je rêve fréquemment, et je m'agite beaucoup pendant mon sommeil et, parfois, je suis réveillé en sursaut au moment où je commence à sommeiller, soit par une secousse brusque comme une contraction due à une décharge électrique, soit par un spasme laryngien de courte durée ; enfin, j'éprouve un besoin pressant de m'agiter, de me fatiguer par la marche ou la gymnastique, qu'il est difficile de mettre en pratique actuellement, en raison des examens.

Le traitement qui m'a été appliqué par M. le Professeur Pierret, a été le suivant :

1^o Pilules : $\left\{ \begin{array}{l} \text{à l'extrait de belladone ;} \\ \text{au camphre ;} \\ \text{à l'oxyde de zinc.} \end{array} \right.$

A raison d'une pilule la première semaine ; deux la deuxième semaine ; trois, la troisième semaine ; puis suspension, et reprise huit jours plus tard, à raison de deux par jour, pendant une semaine ;

2^o Pas d'alcool ;

3^o Porter des lorgnons teintés ;

4^o Manger modérément, surtout le soir.

Deux mois après, je n'avais plus de crises ; elles n'ont pas apparu depuis trois ans ; mais je sens bien que les moindres abus seraient susceptibles de les produire, car tous les changements d'habitudes, aussi minimes qu'ils soient, sont suivis de légères excitations et de lourdeurs de tête.

En somme, décharge psychique contre laquelle volonté et jugement demeurent impuissants. Tous

les degrés, depuis l'état d'hypertension nerveuse habituelle, et probablement héréditaire.

OBSERVATION II (Personnelle).

C. R., 35 ans. Mère aliénée. Délire de persécution systématisée. Est la première de sa famille. A tous ses enfants avant l'explosion de son délire, survenu bien après la ménopause. Famille d'artistes. Le père, d'intelligence très ouverte, est d'une sensibilité raffinée. Grandes qualités morales. Un peu mou. A eu deux crises nerveuses sans perte de connaissance. 7 enfants, dont un seul mort de méningite en bas âge. Les six autres, tous bien portants, intelligents, mais nerveux. Trois occupent des situations très en vue. Tous sont musiciens, peintres ou imaginatifs à un degré quelconque. Beauté physique et développement, surtout chez les garçons. Deux filles rêveuses et mystiques. Celle qui nous occupe n'a pas eu de convulsions, ni de maladie, ou accident nerveux spécial dans l'enfance. A été élevée en serre chaude, dans ce milieu un peu particulier. Bonne santé. Très affective, imaginative, exaltée. Sentiments religieux très développés. Rien à l'apparition des règles, ni à la puberté. A ce moment seulement, troubles habituels du caractère des jeunes filles un peu exagérées. Rêveuse, troublée, inquiète, plus émotive. Bouffées de chaleur très accentuées. Déceptions affectives. Deux crises d'hystérie. Franche avec attitude passionnelle. Le père les décrit très bien. Digère mal pendant quelque temps, est soignée pour de la dyspepsie. Constipée, toussote un peu, pâlit, maigrit, règles diminuent et deviennent douloureuses.

La inalade cherche à se raisonner et à surmonter son caractère et son imagination. Elle se rend compte du côté psychique de son mal. Intelligente et bonne, elle est devenue très irritable, se fâche, pleure et se lamente pour rien. Passe plusieurs années avec des hauts et des bas. Mieux soignée, physiquement et moralement, elle se remonte, retrouve son caractère aimable, serviable et doux. Elle arrive à surmonter toutes ses petites angoisses et décharges nerveuses. Puis surviennent des palpitations, des bouffées de chaleur, en même temps que s'installent progressivement tous les symptômes du Basedowisme, dont la malade devient un exemple typique. Les médications échouent. La malade ne fait plus que de l'hygiène générale et son médecin, avant d'essayer les méthodes allemandes, essaye de la suggestion simple. Les symptômes, sans avoir complètement disparu, ont cependant tellement diminué, que l'on peut faire le diagnostic de troubles fonctionnels simples jusqu'à ce jour.

OBSERVATION III (Morro. La puberté.)

1^{re} 83. 17 ans.

Chez ce dernier, le délit (vol d'une paire de chaussures) revêtait les caractères d'une véritable action automatique. En passant devant un magasin de chaussures, il s'arrêta quelque temps à en contempler deux ou trois paires, puis, sans s'inquiéter s'il était observé, il s'empara d'une et poursuivait son chemin. Vu et signalé aux gardiens, arrêté et conduit à la questure, il admit qu'il a pris les chaussures, mais

ne sait pas dire pourquoi il l'a fait, en possédant assez et étant suffisamment fourni d'argent par son père, qui était riche.

Ce jeune homme avait grandi en peu de mois de plus de dix centimètres. A l'augmentation de sa taille avaient succédé des troubles de sa santé, se rattachant à la maladie de Basedow, tachycardie, hypertrophie du corps thyroïde, tremblement général, teint ictérique, avec altération du caractère irritabilité et tendance à vagabonder sans but. Il était revenu depuis peu à l'école, amélioré en apparence, lorsque le fait s'est accompli.

Dans ces deux observations, hystérie, épilepsie, Basedowisme, sont-ils différenciables ? Et pouvons-nous les caractériser autrement que par les caractères généraux qui font l'objet de cette étude ?

OBSERVATION IV (personnelle).

A... B..., 43 ans. Pas d'hérédité autre qu'un père nerveux, une mère asthmatique. Frères et sœurs nerveux et bien portants. A toujours été délicate, intelligente et nerveuse.

Somatiquement, ocliques néphrétiques et ancienne métrite. Bonne santé générale. Bien réglée. Superbement constituée. Aucun signe de dégénérescence physique. Pas de convulsion dans l'enfance. Réglée à dix ans avec quelques troubles anémiques.

Timide, obéissante et un peu sauvage. Pleure très facile-

ment, très grande émotivité, tout l'impressionne. Ses émotions se traduisent. La syncope vient vite ; pâleur ou rougeur du visage constantes. La malade est une véritable sensitive sur laquelle son entourage exerce beaucoup d'influence. Très éducable, elle est entre les mains de ses maîtres un instrument intelligent dont ils tirent le meilleur parti. Mystique et rêveuse.

Elle se développe dans ce sens impressionnable, suggestionnable. Grandes qualités de cœur. Plutôt négative qu'active. Manque de volonté et de sang-froid. Traductions émotionnelles : larmes par crises, migraine, syncope. Absences de mémoire courtes. Excellent caractère. Développement intellectuel remarquable.

A 22 ans, sans aucune infection ni intoxication, en pleine et parfaite santé, à la suite de traumatismes moraux considérables, les syncopes deviennent plus fréquentes et plus longues, larmes par crises, le caractère devient irritable, malgré tous les efforts de la malade pour se dompter, un rien l'impressionne malgré elle. Elle se rend compte de son état nerveux instable et maladif et qu'elle ne peut dominer. Elle est la première à le déplorer et fait tout, si elle en souffre, pour éviter d'en faire souffrir autour d'elle.

Un soir, à la suite d'une nouvelle émotion, première crise nerveuse à allure hystérique franche, mouvements toniques et cloniques. Pas de délire ni d'attitude passionnelle. L'habitude des crises s'installe, mais des crises avortées ; la malade perd connaissance totalement, a quelques mouvements toniques, c'est tout ; à la moindre contrariété, à la moindre émotion, au moindre bruit subit, la crise arrive en miniature, jamais la grande explosion. Cet état dure plusieurs années.

Entre temps apparaissent coliques néphrétiques et métrite après accouchement. Pas de troubles spéciaux pen-

dant la grossesse. La malade erre de gynécologues en spécialistes des voies urinaires. L'amélioration ne se fait ni dans un sens, ni dans l'autre.

La malade, traitée enfin par la psychothérapie bien comprise, sans isolement et chez elle, voit ses crises diminuer, puis disparaître totalement. Elle n'en a pas repris depuis dix ans. Reste émotive, souffre toujours des reins et de l'utérus. Les syncopes ont disparu, les migraines persistent. De temps à autre, absences de mémoire.

Nous pouvons étudier là un exemple ; nous en pourrions citer bien d'autres. Examinons-le en détail. Il a ceci d'intéressant, que nous sommes sur les frontières. Nous voyons là tous les degrés de la maladie comme en voient tous les praticiens. Au début, un être dont les neurones se mettent facilement en hypertension et se déchargent à la plus petite émotion. Cette malade aurait pu longtemps, sinon toujours, rester dans cet état limite. Le traumatisme est arrivé. L'habitude de la crise ébauchée se prend. Elle aurait pu demeurer ou s'aggraver.

Là intervient cette suggestionnabilité dont avait toujours fait preuve la malade et qu'avait encore exagéré l'état pathologique. Le remède se trouve dans le mal.

Mais nous pouvons imaginer tous les degrés entre l'état normal et l'état initial de cette malade comme toutes les transitions entre son état à un moment donné et l'hystérie franche typique.

OBSERVATION V (Personnelle).

L. R., 37 ans, hérédité très chargée, père nerveux, instable, entreprenant, très intelligent, à passions fortes, sans continuité dans les idées et sans volonté définie.

Le père a un frère tuberculeux, une sœur aliénée, une de ses filles tuberculeuse, un fils qui se suicide et celui dont nous rapportons l'observation.

Pas de convulsion dans l'enfance et rien de pathologique que son état mental. Enfant instable, capricieux, fantasque. Fait tout de façon exagérée, incapable de se dominer en rien.

Pas de signe de dégénérescence. Côtés latéraux du crâne un peu bombés. Physionomie ouverte, œil vif et intelligent. Facultés d'assimilation et de création remarquables, sentiments excessifs; travaille, comme il fait tout, par poussées, suivies de périodes de relâchement, de laisser aller ou d'apathie.

A des colères brusques, violentes et sans cause suffisante. Après il le regrette, pleure, fait des excuses. Il dit qu'il ne peut dominer ses nerfs.

S'il essaye, il survient des migraines atroces qui le mettent au lit et dans l'obscurité avec des vomissements constants. Névralgies au moindre courant d'air. Est la proie des impressions qui agissent sur son système nerveux. Il ressent les moindres contacts de son milieu et les rend de façon exagérée. Syncopes, absences de mémoire, vertiges, mais très rares, impulsions fréquentes qu'il n'arrive pas toujours à dominer.

Evolue de cette façon, reste un exagéré réactionnel, un anormal au point de vue sensitif et moteur. Arthritique, a du sable rouge dans les urines. Passions vibrantes et qui le dominent complètement, incapable de se surmonter, tout entier à ses sentiments affectifs dont il est l'esclave et qu'il trouble par l'irrégularité de son caractère emporté.

Un jour, brusquement, dans la rue, en causant à un ami, chute sur la tête, écume sanglante, morsure de la langue, perte des urines, mouvements toniques et cloniques, coma. La crise se répète une autre fois, sans cause apparente.

Les urines sont examinées quelques mois après par un autre médecin. Gros disque d'albumine. Régime et traitement.

Depuis six ans, le malade n'a pas repris de crise. Reste comme avant névralgique, migraineux et anormal.

Ces observations ont ceci d'intéressant, qu'elles nous montrent des cas limités, des individus arrivant rarement jusqu'à la décharge à forme de crise franche et s'en tenant là. Il est évident qu'au point de vue théorique, entre eux et les cas francs, la distance n'est pas grande; nous pensons qu'elle est énorme au point de vue pratique.

Nous croyons qu'il y a toute une classe d'individus à système nerveux peu touché, susceptibles de rester toute leur vie des *hystérogènes* ou des *épileptogènes*, sans pour cela devenir hystériques ou épileptiques francs. Ils rentrent dans le cadre de ceux que l'on a appelé des *cérébraux*; ce sont des *cérébraux* à décharge.

Prenons les observations précédentes. Est-il pos-

sible de dire, avant la signature donné, par la crise, ce malade fera de l'épilepsie ou de l'hystérie. Ce sont des individus à décharge facile, traduisant vite et trop, incapables de dominer leurs réactions et devenant la proie de leurs émotions.

OBSERVATION VI (Personnelle).

A. L., 62 ans. Père colérique et éthylique, mort à 82 ans ; mère admirablement intelligente et équilibrée, morte d'accident. A une nièce dans un asile. L'internement est arrivé à la suite de déceptions affectives chez une jeune fille hypersensible et passionnée à l'excès. Quatre enfants, un garçon mort de diarrhée infantile, deux autres actuellement en bonne santé, l'un un peu anormal, quoique très intelligent ; l'autre a donné quelques inquiétudes pour sa santé pulmonaire au moment de la puberté, très équilibré et réussissant bien. Une fille hypersensible et délicate. La mère est une femme de grande valeur, qui passe sa vie à corriger les écarts de son mari.

Celui-ci s'est toujours bien porté. De souche montagnarde, élevé à la dure, a donné une grosse somme de travail physique et intellectuel toute sa vie. Pas d'autre maladie que deux érysipèles et des poussées de rhumatisme. Migraineux et névralgique. Jouit pour son âge d'une excellente santé physique ; même pas très scéléreux.

Est un type net d'individu à décharge ou colérique ou émotive. S'il a des ennuis ou des contrariétés commercia-

les ou autres, ne sait que se lamenter d'une façon exagérée ou entrer dans des colères, dit son entourage, de fou furieux. Il casse tout dans ces moments-là.

S'il essaye de dominer ses colères, prend des maux de tête ou des migraines à répétition qui l'obligent à garder la chambre dans l'obscurité. Pour une excitation donnée, il semble que la décharge soit nécessaire. A bu un peu, ne boit plus ; la boisson exagère simplement ces symptômes.

Est intelligent, très actif, honnête, bon père, mais instable, irritable, instinctif et impulsif ; change d'opinion brusquement ; ses employés disent qu'avec lui on ne sait jamais sur quel pied danser.

Passions irrégulières auxquelles il est totalement soumis. Type net d'incomplet. Sénilité morale commençante, amours ancillaires. A toujours été d'une suggestibilité et en même temps d'un orgueil ridicules. A eu constamment des parasites ; en le flattant, dit-on, on en obtient tout. Certains prennent cette faiblesse mentale pour de la bonté. Cette suggestionnabilité s'exagère tellement avec l'âge que son entourage est obligé de veiller constamment sur lui et de ne point laisser à sa disposition des sommes d'argent importantes.

Ses colères, avec l'âge, sont plus rares, mais ont davantage un caractère pathologique. Elles surviendront brusquement, sans cause ou pour des riens. Le malade entre alors dans des rages froides, contenues, où il ferait du mal. Il essaye encore de se dominer, mais y arrive bien rarement depuis l'accident suivant, survenu il y a un mois.

A la suite d'une discussion provoquée par ses écarts de caractère, il sent venir la crise colérique habituelle. Se rendant compte pourtant qu'il est dans son tort absolu, il se raidit, échappe à la colère, mais, nous dit-il, immédiatement après, il est paralysé côté gauche de la figure et côté

droit du corps. Cet état dure une heure, après quoi les mouvements reviennent peu à peu. Nous examinons complètement le malade : il ne reste rien de ces symptômes.

OBSERVATION VII

(Communiquée par le Pr Pierret).

68 ans.

Famille arthritique. Père gravelle urique. Très vigoureux.

Grand'mère, gravelle hépatique.

Une sœur morte en bas âge de méningite. Un frère migraineux.

Convulsions dans l'enfance. Aucun signe de tuberculose. Excellente santé. Pas de syphilis, vie très saine. Marchand de bois. Peut-être quelques excès de boisson (vin). Aucun signe d'alcoolisme.

Dans l'enfance, intelligence vive, primesautière. Attention difficilement soutenue. Mémoire peu fidèle. N'a jamais pu ou voulu travailler sérieusement. Colères violentes et pleurs faciles. Faisait tout par accès. Un accès d'épilepsie dans sa vie à 50 ans. Pas de céphalalgies.

A 66 ans, un peu d'artério-sclérose peu marquée. Cœur sain. Urines normales. Pas d'arc sénile. Estomac et foie sans lésions.

Depuis deux ans, accès de douleurs précardiales simulant l'angine de poitrine. L'accès vient au moment du pre-

mier sommeil. Notablement soulagé par l'éther, dont le malade abuserait volontiers.

Toujours même caractère composé de caprices despotiques et souvent enfantins. Pas de signes de démence. Douleurs rhumatismales avec un peu d'induration périarticulaire. Tous les sens normaux.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par le P^r Pierret).

Homme, 55 à 56 ans, vieux avant l'âge.

Mère morte de maladie nerveuse. Lui, bonne santé antérieure. A uriné au lit très tard, même au régiment deux ou trois fois.

Pas d'enfant, nie la syphilis.

Intelligent, travailleur, mais assez nerveux. Balancier-ajusteur.

Il y a dix à onze mois, s'est réveillé la nuit avec une sensation terrible de battements de cœur et de sueurs profuses, sans paralysie d'aucune sorte. Angoisse, peur de mourir.

Le médecin vient le matin et dit que c'était une maladie nerveuse et l'envoie à la campagne.

Il y alla après avoir fini sa besogne, mais alors il avait des douleurs de tête intolérables à la nuque et en diadème.

Revenu un peu plus calme, fut repris de ses maux de tête, mais avec un phénomène nouveau : impulsions irrésistibles à sortir. Il ne voudrait pas, mais il faut qu'il sorte. Alors

il pleure, gémit, s'irrite, mais finit par sortir. Il va tout droit devant lui, s'éreintant, mais toujours avec son mal de tête.

Il rentre chez lui, mange bien, mais le mal de tête revient encore plus fort après le repas : alors, il faut de nouveau sortir.

Le soir, il mange encore, puis se met au lit, mais il ne peut dormir sans chloral. Il en prend, se réveille toutes les heures pour en reprendre. Le matin, il se lève écrasé, la gorge serrée et donne à peine à sa femme le temps de lui faire à manger. Le voilà parti.

Appétit conservé, langue bonne. Peut-être un peu de clapotement stomacal. Foie, rien d'appréciable. Cœur sain.

Pas de strabisme, ni de troubles pupillaires. Pas de tremblement. Artères sans induration sensible.

Ouïe et vue normales. Pourtant le bruit l'agace horriblement.

Raisonnement conservé.

Réflexes rotuliens un peu exagérés, aucun signe de tabes; pas de signe de Romberg.

A essayé de bien des médicaments : l'iodure, le bromure de potassium, le valérianate de quinine, une seule fois la belladone à doses très faibles.

OBSERVATIONS IX et X

(Pierre Janet. *Revue de Neurologie*, 30 décembre 1909).

Une femme de 30 ans, jusque-là simplement émotive,

mais sans aucun accident caractéristique, se trouve séparée de son mari parti, croyait-elle, en voyage.

Elle est très surprise par la signification d'une demande en divorce que son mari a lancée contre elle. Surviennent d'abord des crises d'obsessions et d'angoisse, puis des cauchemars nocturnes, puis des sortes de délire, la nuit, à forme de somnambulismes, dont on ne peut la réveiller et qui durent assez longtemps.

Un mois après commencent, la nuit, de véritables accès épileptiques.

Avant la signature donnée par l'évolution, dans quelle classe de névroses ranger ces accès de somnambulisme ? Et dans les observations suivantes ?

Deux jeunes gens, l'un de 14, l'autre de 25 ans, présentaient la nuit, depuis bien des années, des crises de somnambulismes typiques : ils se levaient la nuit, pendant leur sommeil, et dérangent tout dans leur chambre ; l'un d'eux avait même la fâcheuse habitude de sortir dans l'escalier et souvent il lui arriva d'effrayer beaucoup ses voisins. Après un certain temps, quelquefois assez long, ils rentraient se coucher et se réveillaient le matin sans aucun souvenir de leur équipée. Des amis, les surprenant dans cet état, ont cru bien faire en leur jetant, à l'un et à l'autre, un pot d'eau sur la figure afin de bien les réveiller.

Le résultat a été le même dans les deux cas : ils sont tombés brusquement en convulsions. Le fait le plus curieux, c'est que depuis ce moment ils n'ont plus jamais eu

de somnambulismes nocturnes, mais que, à la place, la nuit d'abord, puis même le jour, ils ont eu de véritables accès épileptiques.

OBSERVATION XI (Personnelle).

C. B..., 36 ans. Père alcoolique, violent, intelligent, instable. Mère commune, travailleuse, bien portante. Aliénés dans les collatéraux. Un oncle et une tante occupent de très belles situations. Deux frères et une sœur en bonne santé. Une autre sœur très névropathe.

Pas de convulsions dans l'enfance. Maladies habituelles.

Réglée à 12 ans, sans trouble spécial. Rhumatisme articulaire aigu à 14 ans, laissant au cœur un souffle au premier temps. Petite, courte, laide et congestive.

Se marie, pas d'enfants, pas de fausse couche.

Pas de migraine, de névralgie, pas d'anesthésie, aucun des stigmates dits hystériforme. Intelligente et spirituelle, a toujours été faible de volonté, en ce sens qu'elle est la proie de ses émotions et de ses sentiments affectifs.

Chez elle, la partie affective domine absolument tout ; d'une impressionnabilité exagérée ; a vite la larme à l'œil ; a pris deux crises nerveuses après émotion. A la syncope facile. Fait sa décharge du côté lésé, qui fait point d'appel.

Cliniquement supporte admirablement sa lésion, jamais d'œdème ou d'essoufflement, mais à chaque émotion ou contrariété, palpitations violentes avec accès de suffoca-

tion. Un antispasmodique, la cessation de la cause ou la suggestion simple suffisent à les faire cesser.

Greffe des idées d'inquiétude et d'anxiété sur ces accès. La présence du médecin suffit souvent à calmer tout cela. Bien réglée, sans douleur, assez abondamment. Grande constipée.

OBSERVATION XII (Personnelle).

J. L..., 23 ans. Mère épileptique (à crises rares), père nerveux, instable, intelligent, très arthritique, à réactions sensitives et motrices exagérées, bizarre et violent.

Pas de convulsions dans l'enfance. Bronchite. Lithiase rénale. Poussée d'ictère. Migraines très fréquentes. Névralgies du trijumeau. Force musculaire et résistance à la fatigue considérable.

Physionomie ouverte et intelligente, œil noir, vif et audacieux. Très séduisant. Rien de spécial à la puberté. N'a jamais eu de crise à forme définie ; à 10 ans cependant, la nuit, a mouillé son oreiller. Pas de morsure de la langue, ni perte d'urine. Très intelligent, a fait de brillantes études ; n'a jamais eu de volonté fixe et soutenue, un peu féminin comme goûts ; passion violente et rageuse ; caractère inégal, emporté, explosions fréquentes pour tout et pour rien ; travail jamais continu, par crises ; fait tout de cette façon ; très changeant ; à désirs soudains, cessant brusquement par simple dérivation. Pas d'onanisme à aucun moment. Peu pratique, rêveur et dans le vide, avec

la manie d'inventer, de chercher ; mais laissant une idée belle souvent, aussi vite qu'il a cherché.

Donne l'impression trouble de quelqu'un qui aurait pu faire quelque chose, mais ne fera rien, à moins de subir la volonté d'un autre et de s'y conformer, ce qui serait contraire à son caractère orgueilleux, et irascible. Suggestionnable à l'excès.

OBSERVATION XIII (Personnelle).

A. M..., 50 ans, aucun antécédent ; a toujours été névropathe.

Pas de tare physique. Excellente santé, robuste, vigoureux, n'a jamais été malade.

De tempérament colérique, il explose à la moindre contrariété et devient violent ; a plusieurs fois frappé ses proches. Migraineux et névralgique. Très sensible à l'action de l'alcool, il lui suffit d'une dose minime pour le mettre en état de grande excitation ; dans ces moments, il devient d'une violence dangereuse et ses crises de colère ont toutes une caractéristique nette et immuable, l'amnésie complète. Il ne se rappelle jamais ce qu'il a fait dans ces moments-là et est le premier à le déplorer.

Il essaye de ne pas boire, mais à certains jours les envies deviennent pour lui irrésistibles. Quand, hors de la boisson, il essaye de dominer ses violences, il n'y arrive pas toujours. S'il y arrive et commande à sa décharge, il s'ensuit pour lui des migraines qui durent plusieurs jours.

Est intelligent, entreprenant, honnête, manque de ténacité et de suite dans les idées. Technicien excellent, a une bonne conduite hors de ces accès. N'a jamais eu de crise franche épileptiforme.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par le Professeur Pierret).

Madame X..., de famille très intelligente. Un parent de l'Institut. Bourguignonne. 50 ans.

Son père, maladie de foie, jaunisse. Mère nerveuse. Grand'mère allait à Vichy.

Elle-même étant enfant, pas de convulsions, mais a eu à neuf ans un ictère.

Plus tard, une fièvre muqueuse bilieuse. A le tempérament bilieux, c'est de famille.

A été bien réglée, menstruations faciles. Toujours bon appétit, mais estomac exigeant.

A conservé l'habitude de goûter. Plusieurs enfants très bien portants.

Approche de la ménopause, mais encore réglée. A la suite d'une couche, accès d'éclampsie sans albumine.

Avant, aurait eu des troubles nerveux mal caractérisés. Etat d'affaiblissement de la volonté. Vague à l'âme.

Il y a dix-neuf ans, crises céphaliques nocturnes, sans morsure de la langue. Ecumait, ronflait et se sentait assez fatiguée au réveil.

Crises rares, mais complexes. Dans la journée, des sensations d'absence avec hallucinations.

Dans la crise, pas d'ictus, pas de chute. Il y a des sourds dans la famille. Elle rêve parfois de chutes, de précipices.

Souffre également de troubles digestifs, langue sale, pas de vent. Se trouve bien de l'emploi de purgations. Dilatation d'estomac. Cœur sain. Congestion du foie.

Que conclure de ces observations ? Qu'il y a toute une classe de névrosés sans caractéristique absolue, dont le propre est d'être des gens à décharge facile ; décharge impliquant fatalement un manque de volonté ou de jugement. Ils se déchargent parce que le frein cortical n'est pas suffisant. Quand l'on n'est plus maître de ses réactions nerveuses, on est inférieur du côté du sens critique ou de la volonté. On peut être supérieur par l'intensité du sentiment ou de la sensation, on n'en reste pas moins un instinctif ou un impulsif.

Dans certains cas, dans l'art surtout, cette facilité et cette puissance d'émotion peuvent devenir une vraie richesse. Nous croyons que ce qui sépare ces malades des artistes, c'est que les artistes gardent le plus souvent la direction de leur émotivité et savent l'employer. Mais il est possible d'apercevoir déjà la parenté de l'art et de la névrose. Qu'il y ait fléchissement dans la direction, le chemin est vite franchi de la supériorité à la maladie.

Si nous comparons maintenant les caractères étudiés avec nos derniers faits à ceux des précédents chapitres, le rapprochement s'impose. Dans tous ces états le fonds reste le même. Ce qui est pathologique, c'est le degré. Il en est des névroses comme de la

fièvre, on n'en a pas à 37° 5, mais on en a à 38°. Que la distinction soit artificielle, nous ne le croyons pas. Quand la tendance à la décharge et l'insuffisance de contrôle cérébral prennent une intensité donnée, la névrose est créée. Nous avons essayé d'en tailler quelques limites.

L'idée, du reste, n'est pas neuve et, à propos de l'hystérie, il y a quelque soixante ans que Briquet disait dans son traité :

« La moitié au moins des femmes est hystérique ou très impressionnable, et le cinquième est pris d'attaques... Toute femme éprouve, sous l'influence des émotions, à un degré quelconque de la compression à l'épigastre, de l'oppression, du resserrement à la gorge et des troubles dans les membres. Les femmes peu sensibles ont ces effets peu prononcés ; celles qui sont très impressionnables les ont à un degré élevé et celles qui sont hystériques les ont au maximum ».

CONCLUSION

Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur ces quelques pages, qu'en pouvons-nous tirer ? Que nous n'avons pas la prétention d'imposer notre manière de voir. Les problèmes qui nous occupent, s'ils sont vieux comme la médecine, sont toujours à l'étude, et, serait bien téméraire, je crois, quiconque en voudrait donner une définitive solution. On a toujours discuté, on discutera longtemps encore probablement sur les états convulsifs. Nous tenons à une seule idée, c'est qu'ils ne sont qu'une exagération de l'activité nerveuse ordinaire ; ce qui est pathologique dans ces états, nous ne saurions assez le répéter, c'est le degré et le degré seulement. L'état dit normal et les névroses sont les chaînons extrêmes d'une même chaîne. Entre eux, il y a place pour un état nerveux spécial, où les neurones en hypertension sont prêts à toutes les formes pathologiques. Il est bien difficile alors de prédire l'avenir d'un névropathe.

Nous pensons aussi qu'étudier les nerveux à ce moment aidera à les mieux connaître et à les empêcher de sombrer dans les extrêmes.

Nous croyons enfin que la psycho-physiologie pourra trouver là quelques détails dignes d'intérêt et que les larmes, la colère, les émotions, les passions, l'inspiration, rapprochées comme mécanisme des névroses, aideront peut-être pour une faible part à l'élaboration des lois du fonctionnement cérébral.

La décharge n'est qu'un mode spécial d'activité nerveuse et l'équilibre en psychologie n'existe pas au sens absolu du mot, c'est une commune mesure. La mécanique est seule à connaître l'harmonie parfaite, la vie organique exagère toujours ses réactions.

Que nous le voulions ou pas, tous, nous sommes plus ou moins des individus à décharge. Le système nerveux a toujours le même mode de fonctionnement quand il réagit : s'il réagit trop, c'est la névrose. Et nous ne saurions mieux compléter que par les paroles de Claude Bernard : « Les phénomènes même maladifs et exceptionnels ne sont pas nouveaux. ils représentent seulement un développement dans un sens ou dans l'autre du fonctionnement cérébral ».

En résumé, nous pouvons conclure :

1° Il ressort des travaux contemporains sur l'hystérie et l'épilepsie que ces états ont une même caractéristique générale, la décharge avec manque d'inhibition corticale. Ce manque d'inhibition se traduit dans l'hystérie par la suggestibilité.

2° La décharge peut être un phénomène nerveux banal, le réflexe en est un exemple. Tous les degrés

peuvent s'observer du réflexe à la convulsion. La caractéristique psychologique de la décharge normale peut être également le manque d'inhibition.

D'autres modes d'activité nerveuse présentent les mêmes caractéristiques : les larmes, la colère, l'inspiration et les états passionnels en général.

3° Il existe au début des grandes névroses des états nerveux pathologiques le plus souvent stables et sans autre caractéristique que les deux précédentes. Ce sont des états intermédiaires entre l'état normal et les névroses à formes nettes. Nous les appelons névroses à décharge.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PIC.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 décembre 1910.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BABINSKI. — Grand et petit hypnotisme. *Arch. neurologie*, 1889.
Suggestion et hystérie. *Bull. médical*, 1907.
Semaine médicale, 6 janvier 1909.
Société neurologie, décembre 1909.
- BARRAS. — Traité sur les gastralgies et entéralgies, ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins. Paris, 1820.
- BERNHEIM. — Conception du mot hystérie. *Revue médicale*, 1904.
Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. 2^e édition revue 1908.
- BIANCHI. — Traité de psychiatrie.
- BRIQUET. — L'hystérie.
- BROUSSAIS. — Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie. Paris, 1821.
- CABANIS. — Rapports du physique et du moral.
- CHARPENTIER. — Dégénérescence mentale et hystérie. Thèse Paris, 1906.
- CHASTELAIN. — Traité des convulsions et des mouvements convulsifs, qu'on appelle à présent vapeurs. Paris, 1691.
- CHAVIGNY. — Maladies simulées.
- CESBRON. — Etude critique de l'hystérie.
- CHARRUN. — Etat mental des hystériques. Thèse Paris, 1878.

DUBOIS. — Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie. Paris, 1833.

DUBOIS (de Berne). — De l'influence de l'esprit sur le corps. 8^e édit. Berne, 1904.

Les psychonévroses et leur traitement moral.

DUPRÉ. — Les auto-accusateurs. Rapport au congrès de Grenoble, 1902.

Bulletin de médecine légale, février 1903.

MAURICE DE FLEURY. — Contribution à l'étude de l'hystérie sénile. Bordeaux, 1890.

Traité des maladies nerveuses.

FOVILLE. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.

FREIND. — Histoire de la médecine, depuis Galien jusqu'au XVII^e siècle.

FÉRÉ. — Sensation et mouvement, 1887.

Pathologie des émotions, 1872.

La famille névropathique.

FRIDERICI HOFFMANNI. — *Medicina rationalis systematica*, 1718.

GRASSET. — Demi-fous et demi-responsables.

Leçon de clinique médicale, 1896, p. 683.

Le psychisme inférieur.

Leçons de clinique médicale, 1898.

Maladies du système nerveux, 1886.

GEORGET, Paris, Baillières, 1820. — De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau.

GYEL. — L'être sub-conscient.

HARTEMBERG. — L'hystérie et les hystériques.

Les timides et la timidité.

HIPPOCRATE (LITTRÉ). — Maladies des jeunes filles, t. VIII, p. 446.

De la nature de la femme, t. VII, p. 312.

Maladies des femmes, t. VIII, p. 10.

JANET Pierre. — L'automatisme psychologique. Paris, 1889.

Etat mental des hystériques.

Les stigmates mentaux et accidents mentaux. Collection Charcot-Debove, 1892-1893.

JOLY. — Psychologie des grands hommes et des saints.

- LÉVY Paul-Emile. — Education rationnelle de la volonté et son emploi thérapeutique. Paris, 1898.
- LE GRAND DU SAULLE. — Les hystériques.
- LANDOUZY. — L'hystérie.
- PAYOT. — Education de la volonté (Bibliothèque de philosophie contemporaine).
- PITRES. — L'hystérie.
- MANTO. — Sur le traitement de l'hystérie à l'hôpital. Thèse Paris, 1899.
- MOREL. — Maladies mentales.
- NÉGRIER. — Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme.
- PIERRET. — Les états convulsivants. *Semaine Médicale*, 1894.
L'épilepsie et son traitement. *Province Médicale*.
- RAECKE. — *Neurologischen centralblatt*, 1^{er} avril 1902.
- REGNARD. — Sorcellerie, Magnétisme, Morphisme.
Revue neurologique. Décembre 1909.
- RICHET. — Essai de psychologie générale.
- RICHER. — Etudes cliniques.
L'art et la Médecine.
- RICHTER. — Traitement moral des troubles moteurs de l'hystérie.
Influence curative de la volonté. *Berl. Klin. Woch.*, 1880.
- SANDROS. — Traité pratique des maladies nerveuses. Paris, 1851.
- SOLLIER. — L'hystérie et son traitement, 1901.
Genèse et nature de l'hystérie, 1897.
- SOURY. — Système nerveux central.
- WHYTT. — Maladies nerveuses.
- VIRIDET. — Dissertations sur les vapeurs qui nous arrivent.
Yverdon, 1726.
- ZEVIANI. — Del Flato a Favore degl Ipocondriaci. In Verona, 1761.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION. — Le Pourquoi de cette étude et le plan....	1
CHAPITRE I. — Quelques mots sur les idées actuelles touchant l'Hystérie et l'Epilepsie.— Une de leurs caractéristiques communes est la décharge nerveuse.....	7
CHAPITRE II. — Les Etats à décharge.....	11
CHAPITRE III. — Névroses à décharge.....	25
OBSERVATIONS.....	27
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	57

TRÉVOUX, IMPRIMERIE JULES JEANNIN
